



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui non

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (*boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice*)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non

ALIMENTAIRES oui non AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

.....
.....
.....
.....
.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR)
DU JEUNE MINEUR

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussigné,responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

A REMPLIR ET SIGNER

A REMPLIR par le responsable à l'ATTENTION de la famille (ou du responsable légal) du jeune

Je soussigné Monsieur, Madameautorise l'enfant.....

..... à participer à la rencontre de Taizé 2016.

J'autorise le responsable de la rencontre à faire pratiquer en cas d'urgence, toute intervention thérapeutique ou chirurgicale nécessaire, y compris l'anesthésie, qui serait décidée par un médecin. J'autorise également mon enfant à être transporté en voiture et en bus. J'autorise la pastorale des jeunes a utiliser les photos et vidéos prises durant la rencontre.

D'autre part, je m'engage à rembourser tous les frais médicaux et frais annexes qui auraient été avancés pour mon enfant.

J'autorise la pastorale des jeunes à prendre des photos ou des vidéos de mon enfant durant le séjour, La pastorale des jeunes s'engage à n'utiliser ses supports que dans le cadre de campagne de communication.

Date et signature avec la mention lu et approuvé



**DOSSIER
D'INSCRIPTION**
Pèlerinage à Taizé
Du 10 Avril au 17 Avril 2016

Photo d'identité

PARENTS - RESPONSABLE LEGAL :

NOM et Prénom :
 Adresse (avec Code Postal et ville) :

 Tel – Domicile : Bureau :portable :
 Adresse e-mail :

Autorise(nt) à participer au pèlerinage à Taizé, du 10 Avril au 17 Avril 2016, l'adolescent suivant :

L'ADOLESCENT :

NOM et Prénom :
 Adresse (avec Code postal et ville) :

 Né(e) leEcole :
 Nationalité :
 Adresse e-mail :

Date : le ___/___/2015

Signature :

RENSEIGNEMENTS INDISPENSABLES EN CAS D'HOSPITALISATION :

...du jeune adolescent inscrit au pèlerinage à Taizé 2015, et dont les nom et prénom(s) sont mentionnés ci-dessus !

N° de sécurité sociale : /___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___

Nom et Prénom de l'assuré social :

Référence de votre centre de sécurité sociale :

Nom et références de votre mutuelle complémentaire :

Nom et adresse de l'entreprise de l'assuré social :

Nom de votre Cie d'Assurance en responsabilité civile et N° de police :

PARTICIPATION FINANCIERE

Somme déjà versée : €

Solde de la participation
restant à verser : €

- Règlement à effectuer à l'ordre de : « **Association diocésaine - Service Pastorale des Jeunes** »
- Le Règlement est à joindre à ce dossier d'inscription.

Adresser l'ensemble **avant le 19 mars 2016** à :

Service de la pastorale des jeunes
Séminaire Jules Mascarón -
3 rue Lamoignon -
47240 Bon Encontre -

EN CAS D'URGENCE

En cas de problème, indiquer l'identité et les coordonnées de la (ou les) personnes(s) à contacter pendant la durée du pèlerinage à Taizé :

NOM et Prénom :

Adresse (avec Code postal et ville) :

.....

Tel : Domicile : Bureau : portable :

Adresse mail :

Autres informations pour faciliter le contact en cas d'urgence.....

.....

INFORMATIQUE ET LIBERTE

« Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association. En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent.

Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser à la Coordination diocésaine de la Pastorale des Jeunes – 3 rue Lamoignon – 47240 Bon Encontre – 09 52 96 57 62 – email : pastorale.jeunes@catholique-agen.ccf.fr »

REMARQUES OU OBSERVATIONS PARTICULIERES

A, le

Signature des parents
ou responsable légal :